

LA TUBERCULOSE CONJUGALE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Hippolyte ROSEC

Elève du Service de Santé de la Marine
Né à Brélévenez (Côtes-du-Nord), le 12 mai 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, Professeur	Président.
		LANDE, Professeur	Juges.
		DAMADE, Agrégé	
		PIÉCHAUD, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA TUBERCULOSE CONJUGALE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Hippolyte ROSEC

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Brélévenez (Côtes-du-Nord), le 12 mai 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, Professeur.....	<i>Président.</i>
		LANDE, Professeur	} <i>Juges.</i>
		DAMADE, Agrégé	
		PIÉCHAUD, Agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHE.

PROFESSEURS

MM.		MM
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale in-
Clinique chirurgicale....	CASSAET.	fantile et orthopédie
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...
que générales.....	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.....
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-
microscopie clinique....	SABRAZES.	dicale.....
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et phar-
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	maceutique.....
tologie	PACHON.	Médecine coloniale et clini-
Physiologie	LEURET.	que des maladies exoti-
Hygiène.....	LANDE	ques.....
Médecine légale et déon-	RÉCHOU.	Clinique des maladies cuta-
tologie	CHELLE.	nées et syphilitiques...
Electroradiologie et clin.	BEILLE.	Clin. des mal. des voies urinaires..
d'électricité médicale..	DUPOUY.	Clinique des maladies ner-
Chimie	MANDOUL.	veuses et mentales.....
Botanique et matière mé-	DUPÉRIE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...
dicale	TEULIERES.	Toxicologie et hygiène ap-
Pharmacie		pliquée.....
Zoologie et parasitologie..		Hydrologie thérapeutique
Médecine expérimentale..		et climatologie.....
Clinique ophtalmologique.		

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale.....
Technologie.....	DUFOUR.	Obstétrique
Physiologie.....	FABRE.	Ophtalmologie.....
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS.	Dermatologie et syphilogra-
naturelles		phie.....
Médecine générale.....	CREYX.	Chimie générale pharma-
	AUBERTIN.	ceutique et toxicologie...
	DAMADE.	
	PIÉCHAUD.	
	DELMAS-MARSALET.	
Maladies mentales.....	PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture
Médecine opératoire	PAPIN	Pharmacie chimique
Accouchements	RIVIERE.	Zoologie et parasitologie.....
Ophtalmologie.....	CABANNES	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE (*In memoriam*)

*Affection et reconnaissance.
L'exemple de sa vie de volonté
et de travail sera toujours pré-
sent à mon esprit.*

A MA MERE

*Que dans ma vie familiale et
médicale il me souvienne de sa
grande bonté.*

A MES FRERES

*Puissent-ils trouver ici le gage
de mes sentiments de tendresse
fraternelle et d'affectueuse recon-
naissance.*

A MA FEMME

*Faible témoignage de ma
grande tendresse.*

A MA BELLE-MERE

*Qu'elle trouve ici l'expression
de ma gratitude émue pour la
douce affection qu'elle m'a tou-
jours prodiguée.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A M: LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIECHAUD

MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEF DE LABORATOIRE D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE D'ARGENT DES ÉPIDÉMIES
CROIX DE GUERRE

*C'est à lui que nous devons
l'idée de ce travail. Après nous
avoir accueilli dans son service,
il nous a aidé de précieux con-
seils, traduit et communiqué des
articles originaux. Qu'il veuille
trouver ici l'expression de notre
plus vive reconnaissance.*

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR PIERRE MAURIAC

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter de présider cette
thèse.*

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Comment la tuberculose se transmet-elle ?

Cette question a divisé de tous temps et divise encore les auteurs qui s'y sont attachés.

Hippocrate semble avoir été le premier partisan de la transmission héréditaire de la phtisie. « Un phtisique naît d'un phtisique, nous dit-il, de même qu'un phlegmatique naît d'un phlegmatique, un bilieux d'un bilieux. » Et il poursuit : « L'âge le plus dangereux pour la phtisie est de 18 ans à 35 ans... Cette maladie sévit sur les hommes dont le corps est glabre, ceux dont la peau est blanchâtre, ceux dont la couleur est blafarde, ceux qui ont les yeux fauves, ceux qui ont la chair molle et boursouflée, ceux qui ont les omoplates saillantes. »

Le premier partisan de l'hérédité nous parle cependant « d'une épidémie de phtisie à Thasos », mais il y reconnaît simplement l'influence de la saison.

Aristote au contraire est partisan de la contagion; pour lui on gagne la phtisie « par le voisinage. C'est que la phtisie rend mauvais et nuisible l'air de la respiration ».

Le rhéteur *Isocrate* nous rapporte l'histoire d'un certain *Trasycolos*, accusé de captation de testament. Ce dernier se défend en invoquant le danger qu'il a couru en soignant son père adoptif mort le phtisie : « Tous mes amis me témoignaient leur crainte de me voir périr avec lui et m'engageaient à me garantir moi-même, en me disant que la plu-

part de ceux qui avaient soigné cette maladie en étaient devenus les victimes. »

Nous voyons donc devenir populaire dans la Grèce antique la conception de la contagion tuberculeuse.

Parmi les Romains les mêmes opinions furent en faveur sous l'influence de Gallien. Il isole ses tuberculeux et range la phtisie à côté de la peste, la gale et l'ophtalmie.

Plus tard, au moment de la Renaissance, *Frascator* insiste sur le danger de la transmission de la maladie par les vêtements. *Montano* va jusqu'à déclarer qu'il suffit de marcher sur les crachats d'un poitrinaire pour devenir phtisique. Quant à *Ambroise Paré* il attribue « une certaine pestilence contagieuse au mal scrofuleux qui s'attaque aux poumons » et aux « scrofules dites coustumièrément écrouelles ».

André du Laurens, médecin du roi Henri IV, compte les écrouelles au nombre des affections « endémiennes »... « C'est une maladie héréditaire et contagieuse; les écrouelles malignes sont susceptibles surtout de contaminer les sujets sains... Rares après 40 ans, se font surtout aux enfants ja grandelets. »

En 1655 est fondé à Reims l'hôpital Saint-Marcoul, où sont isolés les malades atteints du « mal des écrouelles, qui se communique ».

Pour *Valsava* et *Morgani* la contagion tuberculeuse ne fait pas de doute; c'est au point que ce dernier a pu écrire: « phtisicorum cadavera fugi adolescens, fugo etiam senex ».

Riveri rapporte l'observation d'un abbé phtisique qui prit le lait au sein d'une femme saine et la contamina : la nourrice et l'abbé moururent tuberculeux.

Si ce mode de traitement peut nous sembler original que dire de celui que préconise *Van Swieten* qui cependant croit à la tuberculose conjugale; il conseille de faire coucher le tuberculeux avec une jeune fille saine afin, nous dit-il, de « ranimer le corps épuisé du malade par une émanation subtile du corps de cette jeune fille, qui s'insinue par les pores absorbants, au détriment de la jeune personne qui

dépérit insensiblement. *Rozière de la Chassagne* s'élève d'ailleurs contre ce traitement parce que, nous dit-il, « la phtisie étant contagieuse il n'est pas permis d'exposer un être sain pour en sauver un autre ».

Emale conseille de ne pas donner de nourrice à un enfant tuberculeux de peur qu'il ne la contamine.

Voici ce qu'écrit *P. Desault*, de Bordeaux, en 1730 : « Ceux qui sont engagés à vivre avec les phtisiques, à les servir, peuvent prendre le mal, pour peu qu'ils aient des dispositions; car ils sont contagieux, comme nous le ferons voir dans la suite, aussi les femmes qui servent leurs maris phtisiques le prennent souvent d'eux et les maris de leurs femmes. »

Les auteurs du *Dictionnaire portatif de la Santé* (1770) nous apprennent que la phtisie « est la maladie des jeunes gens qui ont la poitrine étroite et plate, les épaules élevées en ailes de chauve-souris ». Elle « est souvent contagieuse... et il y a des exemples qui prouvent qu'un commerce avec un phtisique donne la maladie; ainsi, il est à propos de ne pas se vêtir des habits de ceux qui sont morts phtisiques... Les Italiens ont grand soin, au moins dans quelques endroits, de faire brûler tout ce qui a servi à un malade mort de phtisie ».

Suivant *Jeannet des Longrois*, cette coutume existait également en Lorraine : « En 1750, les magistrats de Nancy firent brûler, dans la grande place de cette ville, le lit, les hardes et le linge d'une femme morte pulmonique. Quoique bien constituée auparavant, cette femme avait été atteinte de la phtisie pulmonaire, pour avoir couché souvent dans le même lit avec une femme morte poitrinaire. »

La croyance à la contagion se traduit en certains pays par des actes officiels.

Landouzy a cité, au Congrès de Washington, le fameux édit du 6 octobre 1751, où Ferdinand VI d'Espagne ordonne la déclaration obligatoire de la phtisie sous des peines qui

atteignent jusqu'à 400 ducats et à 4 années d'exil pour le médecin.

L'Espagne, l'Italie, la Provence croyaient donc fermement à la contagion. Nous possédons, sur l'état d'esprit populaire à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e, de précieux documents dans la correspondance de Chateaubriand et de George Sand.

Chateaubriand avait séjourné à Rome, comme secrétaire d'ambassade, avec Mme de Beaumont, poitrinaire. Après la mort de celle-ci, il écrit à son ami Fontanes : « J'espérais avoir deux mille écus de mes voitures, mais comme, par une loi du temps des Goths, l'éthisie est, à Rome, déclarée maladie contagieuse, et que Mme de Beaumont est montée deux ou trois fois dans mes équipages, personne ne veut les acheter. »

Les mésaventures de George Sand et de son ami Chopin sont plus pénibles encore. Le couple s'est installé à Majorque. Au bout d'un mois, Chopin malade et « s'en allant de la poitrine » appelle à son chevet « trois médecins, tous plus ânes les uns que les autres, et qui allèrent répandre dans l'île la nouvelle que le malade était poitrinaire au dernier degré. Sur ce, grande épouvante ! La phtisie est rare dans ces climats et passe pour contagieuse ». Aussitôt, le propriétaire expulsé le couple, et veut lui intenter un procès, pour « récrépir sa maison infectée par la contagion ». Il devient impossible de se procurer aucun domestique et nul ne veut prêter sa voiture pour transporter le malade à Palma pour l'embarquement. Le pauvre Chopin dut s'y rendre en brouette. Autre incident à Barcelone, où le propriétaire de l'auberge veut « faire payer le lit où Chopin avait couché, sous prétexte qu'il était infecté, et que la police ordonnait de le brûler ».

La lettre où George Sand nous donne ces détails est datée du 8 mars 1839. A la croyance populaire à la contagion, il est curieux d'opposer le scepticisme à peu près général du Corps médical en France dans la première moitié du

xix^e siècle. *Broussais*, dont l'influence est prépondérante, nie absolument la contagion.

Laënnec nous laisse dans le doute, tout en semblant nier la contagion : « Beaucoup de faits, dit-il, prouvent qu'une maladie qui n'est pas habituellement contagieuse peut le devenir dans certaines circonstances. »

Grisolle conseille certaines précautions, mais sans grande conviction : « Ces conseils sont bons à suivre, attendu que les miasmes que les corps des phthisiques exhalent ne peuvent qu'être nuisibles à la santé. Mais nous croyons qu'il n'y a rien de fondé dans la crainte de la contagion, du moins dans les climats où nous vivons. »

En 1835 *Straub* dans sa thèse cite un cas de contagion conjugale. .

Mais on peut dire que, dans son ensemble, l'opinion médicale de l'époque est anticontagionniste et *Raquin* écrit en 1854 : « Aujourd'hui que cette contagion n'a peut-être plus parmi nous... personne pour y croire et pour en avoir peur, ni peut-être même dans le monde médical tout entier pas une voix véritablement savante pour la proclamer et l'enseigner, nous n'avons que faire... d'attaquer et de combattre en règle un fantôme chimérique, un vain épouvantail. »

Cependant, le 5 décembre 1865 *Villemin* communique à l'Académie de Médecine les premiers résultats de ses expériences sur « les causes et la nature de la tuberculose ». Il conclut : « La tuberculose est une affection spécifique. Sa cause réside dans un agent inoculable. L'inoculation se fait très bien de l'homme au lapin. La tuberculose appartient donc à la classe des maladies virulentes et devra prendre place, dans le cadre nosologique, à côté de la syphilis, mais plus près de la morve-farcin. »

En 1868 *Villemin* réunit l'ensemble de ses travaux dans un gros volume d'*Etudes sur la Tuberculose*, où il écrit : « Il faut se résigner à ranger la tuberculose parmi les affections dont on attribue l'existence à un germe morbide... Les virus, comme les parasites, se multiplient eux-mêmes et par

eux-mêmes; nous ne leur fournissons que les moyens de vivre et de se reproduire; jamais nous ne les créons. »

La tuberculose cesse d'être une diathèse héréditaire, pour devenir une maladie parasitaire, transmissible et inoculable.

Nous ne nous étendrons pas sur les discussions passionnées que ces découvertes ont entraînées. Toujours est-il que Villemin n'était pas parvenu à convaincre l'Académie et ne devait avoir sa revanche que vingt-cinq ans plus tard.

En effet, en 1882, *Robert Koch* décrit le bacille annoncé par Villemin, l'isole et le cultive. En même temps la prophylaxie se précise et Koch lui-même écrira : « Il faut s'attacher avant tout à tarir les sources d'où dérive l'infection... et la principale certainement est l'expectoration des phtisiques. »

Quant à *Debove* il affirme que « tout phtisique a été contagionné par un autre phtisique » (1884).

C'est alors que la Société médicale des Hôpitaux entreprend une enquête concernant la « contagion de la phtisie ». Sur 83 réponses reçues, 57 médecins affirment la contagion; les autres hésitent ou nient. Des 213 cas de contagion retenus, 107 concernent la transmission entre conjoints.

Pour *Leudet*, de Rouen (*La tuberculose pulmonaire dans les familles*), la contagion maritale est au moins assez rare et la première place revient à la transmission héréditaire.

Avec *Verneuil*, l'étude des portes d'entrée du bacille (thèse de *Verchère*, 1884) fait d'importants progrès. Elle se précisera dans les nombreux congrès pour l'étude de la tuberculose qui se succèdent depuis 1888.

Straus, dans son livre sur *La Tuberculose et son bacille* (1895), est un contagionniste convaincu. En 1899, *Lemière* fait une intéressante communication au Congrès français de Médecine sur « la contagion maritale » de la tuberculose.

Le Congrès de Paris de 1905 est l'occasion d'importants rapports de *Marfan* et *Heubner*, sur la prophylaxie de la

tuberculose dans la famille, et de communications de *Robin*, *Mongour*, *Durand* et *Gentès* sur le terrain du tuberculeux et la part respective de l'hérédité et de la contagion.

En 1907 *Jousset* revient à la théorie héréditaire dans son travail sur *La Prophylaxie dans la tuberculose*. Sa thèse demeure sans écho et la doctrine contagionniste rallie la grande majorité des suffrages.

Cependant la lutte entre contagionnistes et non-contagionnistes n'est pas close.

En 1922 un article de *Brunon* a été l'occasion d'une enquête dans les colonnes du *Concours Médical*. « Entre époux, écrit Brunon, les cas pathologiques ne touchant qu'un seul conjoint sont l'immense majorité. Pour ma part, en trente ans de pratique..., je n'ai rencontré qu'un seul cas où le mari et la femme paraissent s'être contaminés réciproquement... Les faits négatifs ont leur valeur, on n'en tient pas assez compte... La bacille peut rester inoffensif pendant des années, puis la fatigue, la misère, l'air confiné, l'alcool peuvent créer un état de santé tel que l'ennemi se réveille... Il y a un danger social à ne voir dans la tuberculose que le microbe et la contagion. C'est une vue comode, facile, claire, simple, trop simple. Elle supprime tout scepticisme; et le scepticisme est lourd à porter pour beaucoup de personnes. »

Bezançon en 1922, ne nie pas, certes, la contagion conjugale, mais l'estime une rareté.

Léon Bernard, en 1925, semble du même avis et explique cette rareté par la difficulté de la contagion entre adultes : « Dans la contagion conjugale, écrit-il, on peut considérer qu'il s'agit à peu près toujours de surinfection. Et c'est ce qui explique sa moindre fréquence... Rien n'atteste mieux la difficulté de la contagion entre adultes que cette rareté de la tuberculose conjugale. »

Enfin en 1930, *Auguste Lumière* conclut : « Les statistiques les plus consciencieuses s'accordent avec le calcul des

probabilités pour démontrer que la contagion conjugale n'existe pas, dans l'immense majorité des cas tout au moins. »

Quoiqu'il en soit, la question reste en suspens et les adversaires aussi irréductibles.

CHAPITRE II

IDÉES PATHOGÉNIQUES

On tend aujourd'hui à regarder la tuberculose de l'adulte comme le résultat de la réinfection d'un organisme déjà infecté dans l'enfance par le bacille de Koch et partiellement immunisé grâce à cette première infection.

On considère deux origines possibles à la réinfection : ou bien elle est exogène et se produit par contagion, comme la première infection ; ou bien elle est endogène, c'est-à-dire prend sa source dans un foyer bacillaire latent, constitué durant l'enfance au sein de l'organisme et qui se réveille à la faveur de conditions modificatrices de la résistance de cet organisme.

Pour *Bezançon, Marfan, Romer, Hamburger, Fisher, Baldwin*, l'origine endogène est le plus souvent en cause ; *Roger, Sergent, Krüse, Ashoff* considèrent au contraire l'origine exogène comme indubitable.

Il ne nous appartient pas ici de départager ces auteurs. Dans ce chapitre nous nous contenterons d'envisager d'abord les origines du contag, puis d'étudier les différentes voies d'entrée et enfin le terrain.

1° *Le Contage*. — Drochon, en 1882, écrivait déjà : « Dans la tuberculose, tous les liquides de l'organisme contiennent le contag et peuvent devenir des agents de contagion. » Ce principe, semble généralement admis aujourd'hui.

L'expectoration est le mode de contag le plus fréquent. Le bacille est disséminé un peu partout par des malades,

souvent ignorants de leur état et des règles les plus élémentaires de l'hygiène.

La toux, d'autre part, projette à une distance, quelquefois assez grande, sur les meubles, sur la literie, les vêtements, les ustensiles de ménage des gouttelettes de salive plus ou moins virulentes et qui pourront être des causes de contagion pour le conjoint.

On a trouvé encore le bacille dans les selles, la bile, les urines, la sueur.

Piéry attribue à la sueur la fréquence de la tuberculose conjugale. Déjà, avant lui, *Surmont* s'était occupé de la question, mais, dans ses expériences, ne paraissait pas avoir obtenu des résultats très convaincants. *Piéry*, avec une technique différente, note 41,60 % d'inoculations positives. Il semble bien qu'il ne s'agisse pas ici de contaminations de la peau par la toux, mais bien d'une « décharge bactérienne par les glandes cutanées ».

En ce qui concerne les voies génitales, *Aubeau*, en 1893, mit le bacille de Koch en évidence dans le sperme des tuberculeux sans lésions génitales. *Landouzy* et *Martin* ont expérimenté sur le cobaye. Ils injectent aux cobayes du sperme provenant d'individus tuberculeux, sans lésions génitales; chaque fois l'injection est suivie de lésions pathognomoniques de la cavité péritonéale. Si le malade est porteur de lésions génitales, orchy-épididymite par exemple, la virulence du sperme est encore plus grande.

2° *Les voies d'entrée*. — Elles sont multiples.

La pénétration du bacille par les voies respiratoires n'est plus aussi généralement admise qu'autrefois. On fait jouer, actuellement, un plus grand rôle à la voie digestive. Le contact est apporté soit par la salive déglutie, soit par les aliments contaminés par les poussières ou les particules de mucus des quintes de toux.

Il convient de parler, à ce propos, du baiser chez les tuberculeux. *Landouzy* insistait déjà sur la fréquence de ce mode de transmission entre conjoints. *Cornet* ne semble

pas partager cet avis; s'il considère le baiser comme dangereux pour l'enfant et lui attribue bon nombre d'adénites tuberculeuses, il le trouve, par contre, assez anodin chez l'adulte.

Au Congrès de 1905, *Spillmann* insiste sur une autre porte d'entrée : la voie génitale; déjà en 1888 Cornil tuberculisait des cobayes en introduisant des cultures dans le vagin ou l'utérus.

On a parlé encore de la transmission du mari malade à la mère saine par l'intermédiaire du fœtus. Cette tuberculose conceptionnelle n'est pas encore prouvée.

Enfin *Courmont* et *Piéry* attachent une importance prépondérante à la voie cutanée. L'inoculation accidentelle, à la faveur d'une plaie, est un fait établi par un grand nombre d'observations; ce n'est pas ce dont il s'agit, mais bien de la pénétration du bacille à travers la peau saine. Pour *Piéry*, ces deux notions : celle de la virulence de la sueur, dont nous avons déjà parlé, et celle de la peau, porte d'entrée de la tuberculose, donnent « la clé de la tuberculose conjugale ».

Il est à remarquer d'ailleurs que dans les expériences faites à ce sujet, la peau n'était intacte qu'en apparence; il avait fallu la raser et la frictionner énergiquement pour assurer la pénétration du virus, aussi devons-nous demeurer assez réservé quant aux conclusions à tirer de cette expérimentation. En effet, lorsque l'infection cutanée se produit, elle tend presque toujours à rester localisée ou à guérir spontanément.

3° *Le terrain*. — Mais la contagion ne résume pas elle seule toute l'étiologie de la tuberculose; bien loin de là. « On ne fait pas pousser du blé sur du roc », a dit *Sergent*. De même il est certaines circonstances qui favorisent le développement du bacille tuberculeux. Au premier plan nous placerons l'hérédité.

« L'hérédité de graine » existe-t-elle ? On ne connaît jusqu'ici aucun fait incontestable d'infection primitive de

l'ovule ou du spermatozoïde; cependant *Sagnarelli* a noté des déformations de l'ovule tuberculeux.

Il n'en va plus de même de l'hérédité de terrain « Elle conditionne les viciations humorales, organiques et fonctionnelles, de certains fils de tuberculeux. » (*Landouzy*).

C'est ainsi que *Ribadeau-Dumas*, *Cuel* et *Prieur* ont prouvé que la réaction de déviation du complément, positive chez la mère tuberculeuse, à la fin de la grossesse, était également positive chez son enfant, né apparemment sain. *Parisot* et *Hanns* sont arrivés au même résultat et *Esther Rosenkrantz* a prouvé la transmission héréditaire des anticorps tuberculeux chez 31 % des nouveau-nés pris au hasard à la maternité Baudelocque.

Toutefois l'hérédité tuberculeuse ne s'exercerait pas toujours dans le sens de la sensibilisation; *Sabourin* admet en effet que « le descendant de tuberculeux apporte en naissant une immunité antituberculeuse ».

Cependant les statistiques s'accordent en général à reconnaître que la morbidité tuberculeuse est beaucoup plus considérable chez les enfants de tuberculeux et l'on peut conclure avec *Hutinel* et *Grancher* « qu'il y a des familles plus tuberculisables que d'autres ».

Actuellement on tend à admettre que la tuberculose est une maladie de l'enfance; l'infection de l'adulte serait donc « un réveil d'une tuberculose endormie depuis l'enfance ou une réinfection d'un organisme immunisé partiellement » (*Sergent*).

Sans nous attarder davantage sur la théorie de l'allergie et sur les discussions qu'a provoquées le vaccin de Calmette qu'on nous permette de passer à l'étude des statistiques, particulièrement celle que nous avons entreprise au Sanatorium Xavier-Arnozan, dans le service de M. le Professeur agrégé Piéchaud.

CHAPITRE III

ENQUÊTES ET STATISTIQUES

En 1864, *Bowditch*, de Boston, consulte les médecins de la région et obtient 210 réponses : 110 étaient favorables à la contagion, 45 négatives, 55 indécises.

En 1878, *Holden* obtiendra, sur 500 médecins américains consultés, 265 réponses, dont 126 affirment la contagion.

Dans sa thèse *Compin* (1870) apporte 56 cas de tuberculose conjugale. Dans 32 cas la transmission s'est opérée du mari à la femme, dans 24 cas de la femme au mari.

De Musgrave Clay (1879) conclut de ses 111 observations les conditions favorables à la contagion : « la vie en commun, les relations sexuelles, la gestation, le sexe féminin, la jeunesse du sujet sain, la vie sédentaire de la personne exposée à la contagion, l'état avancé des lésions locales chez le sujet tuberculeux ».

La statistique de *Drochon* (1882) porte sur 169 contagionnés :

Hommes : 61.		En dehors du mariage, 29.
		Pendant le mariage, 32;
Femmes : 108.		Pendant le mariage, 68;
		En dehors du mariage, 40.

Ici encore la contagion serait beaucoup plus fréquente du mari à la femme.

Robertson (1882) note que sur 100 ménages de sa clientèle où l'un des conjoints était phtisique, 20 fois seulement l'autre fut atteint simultanément; quand aux enfants de ces ménages ils ont été épargnés 69 fois sur 100.

Une enquête entreprise à la même époque par l'Association Médicale Britannique provoque 261 rapports favorables à la contagion, dont 191 cas de tuberculose conjugale.

L'enquête de la Société Médicale de Berlin (1884) ne réunit que 23 cas de contagion maritale, dont 11 de mari à femme et 12 de la femme au mari.

En Italie, 680 réponses parviennent à la « Société Italienne d'Hygiène » (1884) dont 59 sont favorables à la contagion, 124 se prononcent contre elle et 407 attribuent le principal rôle à l'hérédité.

Dans la statistique de *Leudet* qui porte sur 74 ménages, la contagion ne paraît s'être exercée que 7 fois. Dans 6 cas, la tuberculose simultanée des deux époux ne semble pas relever de la contagion, mais de l'hérédité ou de manifestations antérieures. Et *Leudet* conclut : « On a donc raison de déclarer que la contagion maritale est au moins très restreinte, *si elle existe*; j'attends, pour m'en convaincre, des statistiques où l'on opposera aux faits de contagion ceux d'immunité de l'un des conjoints. »

En 1886, le rapport de *Vallin* résuma les résultats de l'enquête faite par la Société Médicale des Hôpitaux, soit 107 cas de tuberculose entre conjoints, et il conclut : « Dans la classe aisée, la contagion de l'époux tuberculeux au survivant paraît n'avoir lieu qu'une fois sur dix... Cette proportion est notablement plus élevée dans les classes pauvres... la femme, plus sédentaire, sinon plus dévouée, est plus fréquemment que le mari victime de la contagion. »

Jousset (1892), sur 51 ménages qu'il a observés, relève à peine 2 cas de contagion conjugale.

Mongour (1905) conclut à une proportion de 4 % et il ajoute : « Oui, la tuberculose est contagieuse, mais dans des limites restreintes qui imposent aux partisans les plus convaincus de la contagion un peu plus de calme, aux parents et amis un peu plus de courage. »

Cornet, dans une statistique qui comprend 594 ménage, en trouve 135 où les deux époux sont tuberculeux, soit 23 %.

Mosny constate 34 cas de contagion sur 104 ménages, *Denoyelle*, 35 cas sur 167 ménages.

En 1922 *Roussel* sur 423 familles, reconnaît la maladie chez les deux conjoints dans 43 des cas, soit une proportion de 11,58 %.

De 1890 à 1924, *Arnould* a réuni toutes les statistiques faites sur la tuberculose conjugale. Sur un total de 53.069 ménages, 4.472 fois la maladie a atteint simultanément les deux conjoints.

En 1925 *Marteau* signale 24 cas de tuberculose chez les deux conjoints, sur 289 ménages.

Auguste Lumière (1930) rassemble 322 cas de tuberculose chez des sujets mariés « or, dans 310 cas, un seul des conjoints est mort de phtisie et dans les 12 autres la maladie a causé le décès des deux époux ». Et Lumière ajoute : « Si pour ne tenir compte que de la mortalité, nous ajoutons la statistique de *Jousset* (222 cas avec 9 décès doubles) à celle de *Thom* (402 cas et 25 décès doubles) et enfin à la nôtre (310 cas et 12 décès doubles) nous arrivons à un total de 46 décès pour 934 ménages, soit 4,92 %. »

Si nous consultons les dernières statistiques des auteurs allemands nous voyons que leur pourcentage est également très faible.

Koopman, dans une statistique faite au dispensaire de Hambourg, trouve que sur 52 couples 4 fois les deux époux étaient atteints.

Besche sur 472 cas trouve 11 cas de tuberculose simultanée chez les deux conjoints soit une proportion de 5,25 %.

Biemann arrive à un pourcentage de 4,3 %.

Blumberg réunit les statistiques suivantes :

Fischer : 2,5 %;

Tillich : 7,4 %;

Mining : 8,76 %;

Rowlaud : 2,7 %;

Blumberg : 4,5 %;

Ward : 58 %;

Barns : 40 %.

Ces différences s'expliquent pas le fait que certains auteurs ont éliminé tous les cas douteux, alors que d'autres ont admis des cas où l'on trouvait à la fois des antécédents et un des conjoints tuberculeux.

CHAPITRE IV

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nos recherches ont porté sur 151 ménages dont l'un des conjoints est ou a été soigné au Sanatorium Xaxier-Arnouzan, à Bordeaux.

Nos 151 familles se répartissent de la façon suivante :

Mari seul atteint	53
Femme seule atteinte	84
Mari et femme atteints simultanément...	14

Soit une proportion de 9,20 % pour l'atteinte simultanée des deux conjoints.

En regard de ce pourcentage, nous avons recherché la fréquence de l'atteinte chez les descendants : 79 fois les enfants se trouvaient contaminés; et ce chiffre est certainement inférieur à la réalité, car il ne comprend que les familles où l'on découvrirait chez les enfants, non pas une simple adénopathie trachéo-bronchique, mais des lésions pleuro-pulmonaires nettes.

Qu'on nous excuse de reproduire les 15 cas de tuberculose simultanée chez les deux époux que nous avons recueilli. Cette énumération est nécessaire pour la discussion que nous allons entreprendre dans le prochain chapitre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Emilienne G..., 27 ans, entrée au sanatorium en 1927 pour tuberculose confirmée dont le début remonte à 1923.

Elle nous raconte qu'elle a soigné son mari pendant plusieurs mois. Celui-ci, atteint de tuberculose pulmonaire, est mort en 1920.

Aucun antécédent d'après ses dires.

OBSERVATION II

Rachel R..., 23 ans, en traitement pour tuberculose. Mariée depuis six ans avec un mari de santé apparente. A son tour, celui-ci doit entrer au sanatorium. Pas d'antécédents.

OBSERVATION III

Yvonne D..., 34 ans, en traitement pour tuberculose confirmée bactériologiquement.

Son mari est mort tuberculeux en 1924. Elle l'a soigné pendant toute sa maladie. Un mois après la mort de son mari, en février 1924, la maladie débute par une hémoptysie.

Bonne santé apparente avant son mariage. Nie tout antécédent tuberculeux.

OBSERVATION IV

Marie-Louise B..., 39 ans, en traitement pour tuberculose. Analyse des crachats : positive. Nie tout antécédent héréditaire.

taire. Elle a soigné son mari pendant huit ans, cohabitation intime. Son mari meurt de tuberculose pulmonaire, le 22 mai 1922. Le 10 août suivant, sa femme tombe malade à son tour. Pas d'enfants.

OBSERVATION V

Emilienne C..., 20 ans, recherche de BK positive. Nie tout antécédent. Son mari est tuberculeux reconnu depuis plus d'un an.

Une grossesse se déclare et la femme se met à tousser et à cracher.

OBSERVATION VI

Marcelle M..., 29 ans, BK positif. Vit à la campagne jusqu'à 20 ans. Se marie, a une fillette et la nourrit. Le mari devient tuberculeux et meurt. Il reçoit pendant deux ans les soins de sa femme. N'a pas connu ses parents.

La fillette, âgée de 7 ans, a une otite suppurée depuis trois ans.

OBSERVATION VII

Georgette P..., 21 ans, BK positif.

Père mort accidentellement, mère morte d'un néo du sein. Pas de frère ni de sœur, pas de contacts avec tuberculeux.

Son mari a été soigné au sanatorium pour tuberculose. Depuis son mariage, elle se sent fatiguée, s'amaigrit, présente des hémoptysies légères. Pas d'enfants.

OBSERVATION VIII

Marie M..., 27 ans, BK positif.

Parents en bonne santé, dit-elle. S'est bien portée elle-même jusqu'à son mariage. Son mari meurt tuberculeux en 1928. Elle cohabite avec lui et le soigne jusqu'à sa mort. Pas d'enfants.

OBSERVATION IX

Marie B..., pleurésie purulente tuberculeuse. Père mort accidentellement, mère en bonne santé.

Son mari est mort il y a un an de tuberculose pulmonaire. Cohabitation intime.

OBSERVATION X

Jacqueline G..., 32 ans. BK positif. Père et mère en bonne santé. Elle entre au sanatorium le 21 juillet 1930. Son mari est mort à l'hôpital Saint-André, le 9 juillet 1930, de bacillose pulmonaire. Elle a vécu avec lui depuis 1927.

Sept frères et sœurs bien portants avec enfants bien portants.

OBSERVATION XI

Marie D..., 46 ans. BK positif..

Père mort à 50 ans de cirrhose alcoolique, mère en bonne santé. Mari mort il y a deux ans de tuberculose pulmonaire. Cohabitation prolongée.

Sa fille, âgée de 24 ans, est également en traitement au sanatorium.

OBSERVATION XII

Marie M..., 28 ans. BK positif.

Père mort à 55 ans d'une embolie cardiaque ; il toussait et crachait depuis très longtemps. Mère morte à 58 ans de la grippe de 1918. Deux frères mariés en très bonne santé, ayant des enfants sains. Mari mort en 1927 de tuberculose pulmonaire. Elle a soigné son mari pendant un an, à la suite de quoi elle s'est senti fatiguée et s'est mise à cracher le sang.

Pas d'enfants.

OBSERVATION XIII

René L..., 35 ans. Mort de tuberculose pulmonaire. Mère morte d'un néo du sein.

Père en bonne santé, âgé de 75 ans.

A soigné sa femme, morte il y a deux ans de bacillose.

Quatre enfants, tous atteints de bacillose.

OBSERVATION XIV

François M..., 28 ans, BK positif.

Père et mère en bonne santé. A habité trois ans avec sa femme bacillaire. Pas d'enfants.

CHAPITRE V

COMMENTAIRE DES RÉSULTATS PRÉCÉDENTS

Un fait est acquis et personne actuellement ne songe à le contester : la tuberculose conjugale est rare.

Au cours de notre enquête, nous nous sommes trouvés en présence de faits positifs et de faits négatifs. Est-il permis de refuser toute valeur à ces derniers ? N'est-il pas troublant de voir que sur 151 familles où l'un des conjoints est tuberculeux, 137 fois l'autre conjoint échappe à la contagion ?

Quant aux faits positifs, sont-ils à l'abri de toute critique ? N'est-on pas trompé par une apparence trop simple qui masque des causes profondes mais réelles ? Qui peut prétendre qu'un interrogatoire soit à même d'éliminer tout antécédent ? Souvent le malade a peu connu ses ascendants, souvent il ignore les maladies dont ceux-ci ont pu être victimes. Les ascendants eux-mêmes portent parfois des lésions qu'ils ignorent et qu'un examen fortuit révèle.

A ce propos, Auguste Lumière rapporte les faits suivants :

« Dans 8 cas, où nos interrogatoires ne nous avaient fourni que des renseignements négatifs, nous avons pu parvenir à examiner et à radiographier ensuite les parents des malades et nous avons découvert dans tous ces cas, sans exception, les stigmates de la bacillose chez l'un des ascendants. »

On conçoit qu'il est bien difficile d'obtenir que des parents en bonne santé consentent à se laisser radiographier et, si

l'on insiste, ils s'effrayent. Nous n'avons donc pas pu nous procurer cette preuve de la bonne santé des parents.

Nous nous sommes contentés d'interroger à fond nos malades, nous les avons questionnés sur toutes les personnes auprès desquelles elles ont été appelées à vivre de façon à ne retenir que les cas où la contamination relevait uniquement du conjoint. Ce n'est cependant pas suffisant et aucune des observations précédentes n'est à l'abri de la critique.

Même en supposant faites les recherches radiographiques des antécédents on ne pourra encore pas se déclarer satisfait. En effet, dans les cas négatifs, il importera de surveiller celui des conjoints qui aura survécu. *Rist* et *Hautefeuille* ont observé que l'entrée dans la maladie de celui-ci se produisait jusqu'à 17 ans après la mort de l'autre.

Ces mêmes auteurs, voulant expliquer ce fait reconnu : à savoir le grand nombre de femmes qui deviennent tuberculeuses après la mort de leur mari tuberculeux, attribuent un rôle prépondérant aux facteurs psychologiques. D'après eux, l'écrasement moral et physique, le souci de l'avenir devant lequel elles se sentent faibles, comptent pour 1/2 des cas dans la balance. L'homme au contraire, plus égoïste, mieux à même de gagner sa vie et d'assurer l'avenir, se laisse moins facilement abattre.

Dans notre statistique nous avons trouvé 12 femmes contaminées par leurs maris bacillaires et seulement 2 maris contaminés par leurs femmes. Nous avons cependant fait en sorte de répartir également sur les deux sexes nos examens et nos interrogatoires.

En somme la contamination tuberculeuse entre époux ne peut être prouvée indubitablement par les statistiques.

Celles-ci n'auront de valeur absolue que le jour où un examen clinique et radiographique des ascendants aura éliminé tout antécédent.

CHAPITRE VI

CONSÉQUENCES PROPHYLACTIQUES

Nous n'envisagerons pas dans ce chapitre la protection de l'enfant. Il va de soi que celui-ci devra être isolé de ses parents tuberculeux. Les magnifiques résultats de l'œuvre Grancher en ont fourni une preuve éclatante.

Quoique la contagion conjugale ne soit pas rigoureusement prouvée, il n'en est pas moins nécessaire de protéger le conjoint sain d'une contamination possible.

C'est dans cet ordre d'idées que nous allons envisager les mesures à prendre dans les ménages où l'un des conjoints est tuberculeux.

Il convient, tout d'abord, d'obtenir l'isolement du malade dans la famille. La première chose à faire sera d'exiger pour le malade une chambre à part.

Si cette mesure ne rencontre pas d'obstacles dans la classe aisée, il n'en va pas toujours de même pour la classe ouvrière, où tous les membres de la famille se trouve parfois entassés dans une seule pièce aux proportions exigües.

Dans ce cas, on exigera que chacun des époux ait son lit particulier. On évitera ainsi à l'individu sain, de grandes chances de contagion; car selon Sabourin « il doit y avoir bien peu d'inconvénients à laisser deux époux coucher en lits séparés dans la même pièce ».

La question des relations sexuelles est des plus délicates à résoudre. On sait en effet, que l'excitation génésique exagère l'éréthisme respiratoire et circulatoire et qu'il peut s'ensuivre de la fièvre et des poussées congestives pouvant provoquer des hémoptysies.

Et cependant peut-on exiger du malade la suppression absolue des rapports ? Il y a bien peu de chances que ce conseil soit suivi. Il ne faut pas trop demander au malade si l'on veut qu'il vous écoute. On se contentera donc de le mettre en garde contre les inconvénients qui pourraient résulter pour lui de rapports trop répétés, et de lui conseiller une sage modération.

La question de la grossesse est grave. On sait en effet quel coup de fouet donne une grossesse à une bacilllose évolutive. Cependant la grossesse pourra ne pas être déconseillée chez les femmes présentant des lésions discrètes ou en voie de cicatrisation, sous réserve d'un sage espacement.

L'allaitement sera déconseillé dans un grand nombre de cas, tant dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant.

Naturellement, le malade devra faire effort pour limiter, dans la mesure du possible, les chances de contamination par la toux et l'expectoration. Il devra s'imposer une sévère discipline. Il apprendra à tousser le moins souvent possible et, pendant les quintes, il maintiendra un linge devant sa bouche.

Il sera muni d'un crachoir de poche. Suivant le mot de *Potain* : « Le mouchoir est le danger ; le crachoir toujours humide peut être le salut. »

A table, le malade sera doté d'un verre et de couverts spéciaux, ébouillantés après chaque repas. De même le linge et les objets de toilette seront rigoureusement personnels.

Moyennant ces sages précautions, l'autre conjoint aura de grandes chances d'échapper à la contamination. Cette phrase de Debove résume fort bien la position de l'époux sain : « Tant que vous êtes bien portants, il n'y a que peu de danger à ce que vous affrontiez le contact des phtisiques ; mais, si vous étiez atteints de bronchite ou convalescents de rougeole, je vous engagerais à garder la chambre, parce que vous seriez dans les conditions voulues pour être contagionnés. »

CHAPITRE VII

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET DIVORCE

D'après la jurisprudence qui règle depuis quelques années la question des divorces d'ordre prophylactique, il faut, pour qu'il y ait motif grave de divorce entre les deux époux, qu'il y ait eu volonté de tromperie flagrante au moment du mariage.

Voici un exemple concret :

« Mlle X..., atteinte de tuberculose pulmonaire à forme évolutive larvée, affirme et fait affirmer par sa famille qu'elle est en parfaite santé. Sous l'influence du mariage et d'une grossesse tôt survenue, la maladie reçoit un « coup de fouet » et d'une évolution larvée passe à une évolution hyperactive. »

Il est certain que, dans ce cas, la tromperie est évidente et que le mariage et la grossesse n'ont fait que précipiter un dénouement que l'on pouvait scientifiquement prévoir et redouter. Le tribunal doit statuer alors sur le conflit.

Au contraire, voici un exemple où, en aucun cas, le tribunal ne trouve motif de divorce : « Une jeune fille se marie et est en pleine santé. Pour des raisons de surmenage, de fatigue du mariage, d'une grossesse pénible, d'une lactation également anémiant, une tuberculose vient à se déclarer. » Il est évident que, dans ce cas, il n'y a pas eu volonté de tromperie.

Certes, il est une solution qui supprimerait ces litiges. Nous voulons parler du certificat prénuptial. Il serait bon

en effet que la société, intéressée au premier chef, à la fois pécuniairement et moralement, substituât sa volonté bien-faisante à la faiblesse néfaste des malades. Et cependant, le premier bien de l'homme n'est-il pas la liberté individuelle ? Peut-on, sous la vague menace d'une contamination possible, empêcher un individu de fonder un foyer ? Certes non. Conseiller au malade d'attendre que ses lésions se cicatrisent avant de contracter une union avec une personne saine, déconseiller le mariage entre tuberculeux, faire appliquer les règles d'hygiène et de prophylaxie que nous avons énumérées dans le chapitre précédent, voilà qui est amplement suffisant et qui sauvera plus d'un tuberculeux du désespoir où le plongerait l'application d'une loi spartiate, qui ne serait d'ailleurs pas à l'abri des abus et des fraudes.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose conjugale est rare.

II. Notre statistique a porté sur 153 familles. Quinze fois seulement les deux époux ont été trouvés tuberculeux, c'est-à-dire dans 9,8 % des cas.

III. Les statistiques faites à ce jour donnent des résultats qui varient entre 2,5 % et 12 % environ. Quelques-unes, cependant, donnent un pourcentage de 40 à 60 % ; c'est qu'elles n'ont pas éliminé les cas où l'on relevait des antécédents douteux et ceux où une contamination autre que conjugale pouvait entrer en jeu.

IV. Par contre, dans les familles de tuberculeux, les enfants se montrent extrêmement sensibles.

Dans notre statistique, 50 % des enfants au minimum (nous n'avons tenu compte que des tuberculoses ouvertes) se sont trouvés contaminés.

V. La contamination tuberculeuse entre époux ne peut être prouvée indubitablement par les statistiques. Celles-ci n'auront de valeur absolue que lorsqu'un examen clinique et radiographique des ascendants aura éliminé tout antécédent

VI. La base de toute prophylaxie sérieuse repose sur la préservation rigoureuse de l'enfance contre la tuberculose, la séparation de lit, la discipline de la toux et de l'expectoration.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux. le 7 décembre 1931
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- Arnould.** — La tuberculose dite conjugale chez les adultes (*Revue de la Tuberc.*, n° 2, 1925).
- Aubert (C. A.).** — *Tuberculose et mariage* (thèse de Bordeaux, 1908).
- Bernheim (S.) et Dieupart.** — La tuberculose conjugale (*Revue Internationale de la Tuberculose*, Paris, 1907, XII, p. 405-407).
- Bernard (L.).** — *La tuberculose pulmonaire*, p. 289.
- Blumberg.** — Tuberculose conjugale (*Thérap. Gaz.*, 15 février 1927, p. 81-87).
- Brunon.** — *La tuberculose pulmonaire. Mal évitable, mal curable.* Paris, 1913.
- Derville (L. H.).** — *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme* (thèse de Paris).
- Drechon.** — *Modes de contagion de la phthisie pulmonaire dans le mariage* (thèse, Paris, 1882).
- Graucher.** — Tuberculose et mariage (*Bull. Méd.*, Paris, 1889, III, p. 1533-1534).
- Jacquot (E.).** — *Infection tuberculeuse par voie génitale* (thèse de Paris, 1888).
- Jeannel.** — Tuberculose et mariage (*Montpellier Médical*, 1902, 2^e série, XV, p. 780-788).
- Jousset (P.).** — La question de la transmission de la phthisie dans ses rapports avec le mariage (*Art Méd.*, Paris, 1895, p. 97-119).
- Lalesque.** — La femme tuberculeuse et le mariage (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1902, XXXII, p. 501-503).
- Letulle.** — *Tuberculose et mariage* (conférence faite au Musée social le 14 mai 1926).
- Lumière (A.).** — *Tuberculose, contagion, hérédité.* Lyon, 1930.
- Marteau.** — *La tuberculose conjugale* (thèse de Lyon, 1925).

- Petit (L.).** — Tuberculose et mariage (*Revue scientifique*, Paris, 1898, XX, p. 385).
- Petit (L.).** — Tuberculose et mariage (*Gaz. de gynéc.*, Paris, 1900, XV, p. 33).
- Reclus (P.).** — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale (*Clin. chirurg. de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1888, p. 514).
- Rist et Hautefeuille.** — *Revue de physiol.*, 16 décembre 1927, p. 625.
- Roussel.** — *La tuberculose conjugale; contagion et mariage* (thèse de Nancy, 1922).
- Técond.** — Tuberculose conjugale (*Paris Médical*, février 1925).
- Valentino.** — L'admissibilité des tuberculeux au mariage (*Revue scientifique*, 5^e série, 1905, III, p. 740).
- Vallin.** — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1885, 3^e série, II, p. 1-3).
-

- Biemann (F.).** — Tuberkulose unter Ehegatten (*Beitr. z. Klin. der tuberk.*, t. 63, 1926).
- Besche.** — Arent de und Irgen O Irgensen Eine statistisch hygienische Untersuchung.
— Über das Vorkommen der Tuberkulose bei theleuten in Christiana (*Norsk. Maj. Loegerindensk* 83, n^o 12, 1000-1016 (1922).
- Blumberg.** — Conjugal Tuberculosi (*Ther. Gaz.*, 51, n^o 2, 81-84, 1927).
- Iekert.** — Über isolierte Kalkherde bei Erwachsenen (*Beitr. Klin. der Tubercul.*, 63, 483, 1926).
- Hellner.** — Wie oft erfolgt unter Ehe Tuberkulouser eine Übertragung der Krankheit aufden Ehegatten (*Prakt. Tuberkul.*, 7, 1929).
- Koopmann (Hans).** — Über tuberkulose Kontak. Infektion unter Ehegatten (*Med. Klin.*, 24, 1050-1051, 1928).
-

Bordeaux. — Imprimerie J. BIERE, 18, rue du Peugue. — 1931.
